

DE L'EXCISION

N° 26

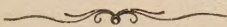


DU

CUL-DE-SAC CONJONCTIVAL

DANS LE TRAITEMENT

DE L'OPHTALMIE GRANULEUSE



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 8 AVRIL 1891

PAR

J.-B. FERRANDINI

Né à Corte (Corse)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(Hamelin Frères)

—
1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (*). DOYEN
BERTIN-SANS ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (*).
Chimie médicale et pharmacie	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN (*).
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Opérations et appareils	N...
Anatomie pathologique et histologie	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (*).
Anatomie	PAULET (O.*.*).
Pathologie interne	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Pathologie externe (Ch. de cours)	ESTOR.

Doyen honoraire : M. BENOÎT (O. * * *).

Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des vieillards	MM. N., agrégé.
Histologie	BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants	BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophthalmologique	TRUC, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. DE GIRARD	MM. TRUC	MM. SARDA
BLAISE	GERBAUD	ESTOR
BAUMEL	GILIS	HEDON
VILLE	BROUSSE	LECERCLE
FORGUE		

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DUBRUEIL, <i>président</i> .	MM. GILIS, agrégé.
PAULET, professeur.	TRUC, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

J.-B. FERRANDIN 1

A MES PARENTS

A MES AMIS ET CAMARADES

DE LA MARINE

J.-B. FERRANDINI.

A MONSIEUR BÉRENGER-FÉRAUD

Directeur du Service de santé de la Marine
Membre correspondant de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

J.-B. FERRANDINI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBRUEIL

Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRUC

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

J.-B. FERRANDINI.

AVANT-PROPOS

Appelé à exercer la médecine dans des pays où la conjonctivite granuleuse est une affection des plus répandues et des plus graves, ayant déjà donné nos soins dans les hôpitaux de la marine à des malades qui, traversant des pays contaminés, y ont contracté le trachome, nous avons songé depuis longtemps à faire dans notre thèse inaugurale une étude générale du traitement de l'ophtalmie granuleuse. Mais le sujet était si vaste que nous avons dû nous restreindre. Ayant eu l'occasion de voir M. le professeur agrégé Truc faire l'excision du cul-de-sac supérieur dans des cas de granulations anciennes et rebelles au traitement, ayant constaté nous-même les heureux résultats de cette intervention chirurgicale, nous avons étudié seulement ce mode de traitement de l'ophtalmie granuleuse, désireux d'en déterminer impartialement les avantages ou les inconvénients.

Mais, avant d'aller plus loin, nous tenons à remercier M. le professeur agrégé Truc qui a mis à notre disposition ses conseils et les nombreuses observations de la clinique ophtalmologique, et nous le prions d'agréer les témoignages de notre vive reconnaissance.

Que M. le professeur Dubrueil reçoive l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DIVISION DU SUJET

- i. — Historique.
 - ii. — Manuel opératoire.
 - iii. — Suites de l'opération.
 - iv. — Complications.
 - v. — Action sur les conjonctives.
— sur le pannus.
 - vi. — Indications et contre-indications.
 - vii. — Résultats.
 - viii. — Traitement des lésions palpébrales concomitantes.
- Conclusions et observations.
-

DE L'EXCISION
DU
CUL-DE-SAC CONJONCTIVAL
DANS LE TRAITEMENT
DE L'OPHTALMIE GRANULEUSE

I
HISTORIQUE

L'énumération des différents moyens qui ont été employés pour guérir la conjonctivite granuleuse serait longue, puisque déjà Hippocrate connaissait cette affection sous le nom de *συχα*, et la soignait en frottant la conjonctivite « avec un morceau de laine non cuite », et ensuite avec différents caustiques.

Nous avons porté seulement notre attention sur un mode de traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse, mode de traitement qui consiste à exciser la muqueuse du cul-de-sac conjonctival, et nous tâcherons de déduire de l'étude des observations l'utilité et les inconvénients de cette opération. C'est à Richet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, que revient l'honneur d'avoir trouvé et

appliqué le premier cette méthode ; Galezowski, après lui, l'a pratiquée un grand nombre de fois. Il a publié, en 1874, les premiers résultats de ses opérations.

Giffo et Parisotti, en 1879 et 1882, en font ressortir les avantages et l'utilité.

En Allemagne, cette opération est également en honneur. Les Allemands attribuent à Heistrath l'honneur d'avoir, le premier, employé cette méthode. Malheureusement, lorsqu'il publia ses premiers résultats en 1882, l'excision du cul-de-sac conjonctival était déjà, depuis plus de dix ans, journellement employée en France.

Schneller en 1884, Vossius, Richter et Jacobson en 1885, étudient la valeur thérapeutique de cette opération.

En 1889, M. le professeur Treitel (de Königsberg) reprend la question. Joignant aux études de ses prédécesseurs ses nombreuses expériences personnelles, il expose avec impartialité, dans un travail des plus complets, les avantages et les inconvénients de cette intervention.

Enfin, tout dernièrement, Noissowski modifie encore le manuel opératoire de l'excision du cul-de-sac. Nous étudierons rapidement son procédé dans le cours de ce travail.

II

MANUEL OPÉRATOIRE

L'opération de l'excision du cul-de-sac conjonctival consiste à réséquer la muqueuse seule ou avec une portion des tissus sous-jacents.

Dans la majorité des cas, l'opération peut être faite sans anesthésie générale. Truc, Treitel, Galezowski, se contentent d'installer à plusieurs reprises, dans le cul-de-sac, quelques gouttes de cocaïne. Treitel fait, en outre, une injection hypodermique de cocaïne dans la muqueuse; il injecte environ 0,01 de cocaïne, quantité insuffisante pour donner lieu à des phénomènes d'intoxication; une faible portion d'ailleurs sera résorbée, puisque, si l'on commence l'opération immédiatement après, la majeure partie du liquide injecté s'écoulera par la plaie opératoire. Cette injection aurait un double avantage: 1° produire une anesthésie locale plus complète; 2° faciliter l'opération en rendant la conjonctive moins adhérente au tissu sous-jacent.

La cocaïne ne supprime pas complètement la douleur comme le chloroforme, mais son action est suffisante pour rendre supportable la douleur d'une opération qui, avec un peu d'habitude, dure à peine deux minutes.

La meilleure preuve en est donnée par les malades eux-mêmes; en effet, certains d'entre eux ayant à se faire opérer les deux yeux, après une première intervention faite à la cocaïne, ne réclament pas l'anesthésie chloroformique pour la seconde excision.

Exceptionnellement on aura recours au chloroforme pour les enfants et les sujets pusillanimes ou doués d'une sensibilité excessive.

Comment procède-t-on à cette opération ?

On peut classer les méthodes en 3 catégories : 1° Méthode allemande ; 2° Méthode française ; 3° Méthode autoplastique.

1. — MÉTHODE ALLEMANDE

Les Allemands font des excisions profondes et larges ; certains enlèvent même une partie du cartilage tarse.

Voici le procédé de Treitel, décrit par lui-même, avec les plus grands détails dans son mémoire.

Premier temps. — Les paupières étant renversées et maintenues en cette position par un aide, un fil est placé en anse dans la muqueuse du cul-de-sac ; ce fil, placé à la limite de la conjonctive bulbaire, aura une double utilité : 1° il servira à attirer le cul-de-sac en avant ; 2° il marquera l'endroit où doit s'arrêter l'excision du côté du bulbe, et sera ainsi un précieux point de repère au milieu de l'hémorrhagie opératoire.

Deuxième temps. — a) Délimitation du lambeau par deux incisions.

L'incision supérieure, située à 4 millimètres en dedans du bord ciliaire, intéressera et la muqueuse et le cartilage tarse.

La seconde incision sera faite avec les ciseaux, de dedans en dehors, au niveau du pli que forme la conjonctive se réfléchissant sur le bulbe oculaire.

b) Dissection du lambeau ainsi déterminé, comprenant la muqueuse et une partie du cartilage tarse ; compression pour faire l'hémostase.

Troisième temps. — Lavage de l'œil à l'acide borique et réunion des lèvres de la plaie par deux points de suture.

II. — MÉTHODE FRANÇAISE

Ici, les excisions sont moins larges, moins profondes ; en aucun cas le cartilage tarse n'est entamé.

Comment procède-t-on ?

a) Richet fait, au préalable, la canthoplastie ; le renversement des paupières étant ainsi facilité, il saisit la muqueuse du cul-de-sac dans une pince à griffes et, avec des ciseaux courbes, l'excise plus ou moins largement.

b) Galezowski renverse la paupière, saisit la muqueuse avec une pince à griffes ; la pince étant confiée à un aide, il limite par deux incisions les parties à réséquer et dissèque le lambeau, en allant du bulbe oculaire vers le cartilage tarse.

c) M. Truc agit de la façon suivante :

La paupière supérieure est renversée et confiée à un aide ; l'opérateur saisit la muqueuse du cul-de-sac avec une pince à griffes et résèque au bistouri ou aux ciseaux les parties où paraissent siéger les granulations.

Le lambeau excisé comprend généralement tout le cul-de-sac, s'arrêtant d'un côté au niveau de la conjonctive bulbaire, de l'autre côté au niveau de l'angle que forme la saillie du bord postérieur du tarse. En aucun cas il n'entame le cartilage. L'opération terminée, on comprime énergiquement les paupières pour empêcher l'ecchymose et faire l'hémostase ; puis on modifie avec des ciseaux courbes les irrégularités des lèvres de la plaie. L'œil étant lavé avec une solution boriquée, on le débarrasse des caillots et on applique le pansement composé de rondelles de coton aseptisé, trempées dans une solution de sublimé à 0 gr. 20 pour 1,000.

Ce pansement est maintenu humide toute la journée. Le lendemain, l'œil est nettoyé, irrigué avec une solution boriquée et on le laisse découvert, ou simplement protégé par un bandeau flottant.

III. — MÉTHODE AUTOPLASTIQUE

Ce procédé, que Noissowski a seul employé jusqu'ici, est destiné à prévenir les inconvénients qui peuvent résulter d'un raccourcissement de la muqueuse.

L'opération comprend trois temps :

Premier temps. — Excision de la muqueuse du cul-de-sac, selon les procédés ordinaires.

Deuxième temps. — Dissection d'un lambeau de muqueuse labiale.

Troisième temps. — Suture du lambeau labial aux lèvres cruentées de la plaie conjonctivale; suture de la plaie labiale.

Il s'agit ici d'une véritable opération longue, douloureuse; elle ne peut être faite avec le secours seul de la cocaïne, et entraîne la nécessité d'une anesthésie générale. La gêne qu'elle crée du côté de la bouche, la douleur qu'elle occasionne, enfin la gravité elle-même de l'opération, ne paraissent pas en rapport avec les résultats qu'elle fournit, et nous ne pensons pas que ce procédé, qui ne date que d'hier, ait des chances d'être vulgarisé.

Dans ces différents procédés d'excision, nous n'avons parlé que de l'excision du cul-de-sac supérieur; la même opération se fait sur la paupière inférieure: on opère simultanément les deux paupières à la fois, ou l'une après l'autre.

Nous ne pensons pas que l'excision du cul-de-sac inférieur

soit d'une très grande utilité, car nous avons rarement vu celui-ci être le siège de granulations tenaces.

Si un seul œil est opéré, il est inutile, sinon dangereux, de faire l'occlusion des deux yeux. En effet, l'occlusion chez les granuleux produit ou augmente l'irritation.

Dans les excisions peu étendues, M. Truc laisse quelquefois les deux yeux découverts. Dès que l'opération est finie, il applique un pansement compressif; une heure après, le pansement est défait, l'œil irrigué et recouvert d'un simple bandeau flottant (voir obs. VI).

Ceci n'est applicable qu'aux excisions peu larges et peu profondes. Après les opérations, telles que les pratiquent Treitel et les Allemands en général, les malades gardent le lit durant les trois premiers jours, ne prenant que des aliments liquides. Toutes les vingt-quatre heures, le pansement est changé, l'œil lavé, le sac conjonctival irrigué avec une seringue, après une instillation de quelques gouttes d'atropine et cocaïne.

Pendant ces différentes manipulations du pansement, la plaie est un peu tirillée; mais, en prenant des précautions, on peut agir sans craindre d'aviver la blessure. La paupière supérieure sera relevée, en appuyant la pulpe du pouce sur le rebord orbitaire et en attirant en haut le bord ciliaire, pendant que, de l'autre main, on maintient la paupière inférieure; en manœuvrant avec précaution, on peut ainsi découvrir la cornée sans rompre les adhérences des lèvres de la plaie conjonctivale.

III

SUITES DE L'OPÉRATION

Immédiatement après l'opération se produit une inflammation violente qui se traduit par de l'œdème des paupières et de la douleur.

Ces phénomènes ne surprendront pas le chirurgien, et il doit s'y attendre toutes les fois qu'il intervient opératoirement sur une paupière granuleuse.

Quelques heures après l'opération surviennent des douleurs assez vives ; elles seront calmées par des compresses d'eau boriquée et des applications de glace.

Quelle peut être la cause de ces douleurs ?

« Primitivement, dit M. Treitel, j'employais comme aujourd'hui, dans beaucoup d'autres opérations, une solution de sublimé à un dix-millième ; mais je voyais se produire de vives douleurs que j'attribuais à l'emploi de ce liquide et qui ont disparu, quand je l'ai remplacé par l'acide borique. »

Il peut se produire après l'opération un peu d'hémorrhagie ; généralement il suffira pour l'arrêter de comprimer la paupière avec la pulpe du pouce. Dans certains cas cependant ce moyen sera insuffisant, l'hémorrhagie s'arrêtant pendant la compression, mais recommençant dès qu'elle cesse. Un pansement compressif avec application de glace permettra de s'en rendre maître sans avoir recours au thermocautère.

Les ecchymoses sont fréquentes, et, si l'on ne fait par

immédiatement après l'excision une compression énergique, on aura le lendemain une vaste ecchymose des deux paupières.

Cet accident n'a aucune gravité en lui-même, mais il préoccupe fort le malade et son entourage.

Un phénomène que l'on observe constamment comme suite immédiate de cette opération, c'est l'épaississement temporaire du pannus. On peut lui attribuer comme causes : 1° l'irritation produite par l'intervention chirurgicale; 2° la rétention par le pansement des produits de sécrétions des glandes.

Telles sont les suites habituelles de cette opération; mais, exceptionnellement, se produisent des complications.

IV

COMPLICATIONS

Il est dans les procédés d'excision du cul-de-sac employés en Allemagne une complication tellement fréquente, qu'on l'a considérée comme une suite normale de l'opération. Cette complication a pour siège la cornée et consiste en une desquamation épithéliale plus ou moins large et profonde.

« Ces érosions cornéennes, dit Treitel, apparaissent le premier jour au moins dans la moitié des cas, à tel point que je les considère comme une suite naturelle de l'opération. » Heureusement elles ne laissent pas de trace ou du moins très peu. Néanmoins cette desquamation aboutit quelquefois à des infiltrations des lames profondes de la cornée, chez d'autres malades à de larges ulcères laissant des traces ineffaçables.

Treitel raconte qu'ayant opéré un enfant de douze ans, il se forma chez lui un abcès de la cornée qui aboutit à un leucome gênant considérablement la vision : « Chose d'autant plus regrettable, dit-il, que cet enfant était entré dans notre service avec des cornées absolument intactes. »

Si l'on en recherche les causes, on voit que ces ulcérations seraient dues à la présence des fils de suture; d'où il est recommandé :

1° De couper les fils très courts ;

2° De ne pas mettre une seule suture placée à la partie médiane de la plaie opératoire, mais deux sutures : l'une vers la partie interne, l'autre vers la partie externe. Ces précautions

auraient permis à Treitel de voir disparaître ces complications cornéennes.

Il nous paraît préférable, comme le fait M. Truc, de ne point mettre de sutures. L'œil étant fermé, les lèvres de la plaie se coaptent naturellement et se soudent rapidement. Si cependant, à cause de son étendue ou de sa profondeur, on croit devoir suturer la plaie, il serait préférable d'employer un catgut fin, dont la résorption sera rapide. Car l'enlèvement de ces fils de sutures sera encore une manœuvre délicate. Dans aucun cas, d'après Treitel, il ne faut songer à les enlever avant le dixième jour ; il faut attendre que la cicatrisation de la plaie soit assez complète pour qu'elle ne risque pas de s'ouvrir, quand on renverse la paupière supérieure. Et même si l'enlèvement des fils présente quelques difficultés (soit qu'ils aient été coupés trop courts, soit que l'œdème les cache), il n'y a pas d'inconvénient à les laisser plus longtemps en place. En effet, Treitel a remarqué que les lésions cornéennes, si elles doivent se produire, apparaîtront toujours avant le cinquième jour.

Dans deux cas, Galezowski a vu se produire les phénomènes septiques suivants : inflammation violente avec écoulement muco-purulent abondant, tous les symptômes d'une ophtalmie purulente et comme conséquence la fonte de l'œil.

Ces accidents ont été observés dans les premières opérations de Galezowski, alors que l'antisepsie n'était pas connue ni pratiquée comme aujourd'hui ; ils paraissent reconnaître comme cause directe une infection externe, soit par les instruments, soit par les objets de pansement.

Quelquefois aussi il se produit, sur les lèvres de la plaie, des bourgeons charnus assez volumineux. Leur présence se traduit par une irritation violente et douloureuse ; il faudra les exciser rapidement.

Du côté des paupières, des déformations légères peuvent se produire. Le bord palpébral supérieur présentera une con-

vexité plus marquée qu'habituellement, ou bien en son milieu se trouvera comme une encoche. Ces déformations très peu appréciables résultent d'une excision irrégulière du cartilage tarse, et on ne les observe pas dans les méthodes françaises.

Du côté de la paupière inférieure, on pourra observer une légère déviation en bas du bord palpébral ; mais ces anomalies purement esthétiques et peu importantes en elles-mêmes sont rachetées par l'action favorable de l'opération sur la conjonctivite granuleuse. Rarement (quoi qu'en dise Panas) on a vu l'entropion directement produit par l'excision du cul-de-sac, jamais l'ectropion.

Le ptosis de la paupière supérieure a été observé plusieurs fois en Allemagne. Cependant il est moins fréquent que ne le ferait prévoir la théorie, car, se fondant sur les idées actuelles de l'anatomie, d'après lesquelles le muscle releveur de la paupière supérieure s'insère sur le bord supérieur convexe du cartilage tarse, on devrait toujours observer le ptosis après une opération dans laquelle on résèque ce bord supérieur du tarse. La description des insertions du releveur, due aux recherches de Schwalbe, nous expliquera pourquoi, en réalité, on observe si rarement le ptosis. D'après Schwalbe, le tendon du muscle releveur de la paupière supérieure vient se perdre dans un tissu situé en avant du cartilage tarse, entre celui-ci et le muscle orbiculaire ; il appelle ce tissu « couche centrale de tissu conjonctif. » Aussi observe-t-on le ptosis surtout après des excisions aveugles, telles que celles pratiquées par Schneller avec sa pince automatique, car c'est principalement dans ce cas qu'on pourra léser le tissu sous-conjonctival.

V

COMMENT AGIT CETTE OPÉRATION ?

Panas avait émis l'opinion que son action était résolutive ; pour lui, l'agent curatif était l'inflammation résultant de l'opération même. Cette théorie est en contradiction avec les faits : nous voyons guérir les malades chez qui l'inflammation post-opératoire est réduite à son minimum.

Une opinion généralement admise, c'est que le cul-de-sac conjonctival est le foyer des granulations. Pourquoi les récidives sont-elles si fréquentes ? C'est que les conjonctives tarsales paraissant débarrassées de toute production granuleuse, le traitement est interrompu, et cependant le trachome persiste dans le cul-de-sac, plus difficilement accessible ; il manifeste sa présence par des poussées nouvelles. L'excision s'attaque directement au point où se cantonne le plus volontiers le trachome. Elle fait disparaître le cul-de-sac pour mettre à sa place la conjonctive bulbaire qui présente une immunité remarquable à la production des follicules néoplasiques.

Ici se place une objection : Dans la conjonctivite granuleuse on redoute le ratatinement, le raccourcissement de la conjonctive ; il semble donc irrationnel d'enlever un vaste lambeau de cette muqueuse.

L'opération du cul-de-sac doit être rejetée, dit Panas, parce qu'elle raccourcit la conjonctive.

En effet, le repli conjonctival du cul-de-sac ayant disparu dans les mouvements de l'œil, les paupières tirailleront sur

la conjonctive bulbaire et seront une cause constante d'irritation pour la cornée.

Pour prévenir cet inconvénient, on excise le cartilage tarse en même temps que la conjonctive : on diminue ainsi la hauteur de la paupière et on est moins exposé à voir manquer la doublure interne, la muqueuse.

Dans ce même but, Noissowski n'entame pas le tarse, mais remplace le lambeau de conjonctive par un lambeau de muqueuse labiale.

Ce dernier procédé nous paraît peu avantageux ; outre qu'il complique singulièrement l'opération, il est moins radical que l'excision simple, car il n'est pas démontré que le lambeau muqueux ainsi substitué ne devienne pas lui-même, et rapidement, le siège de granulations.

Quant à l'excision du tarse, elle nous paraît inutile. En effet, si le raccourcissement de la muqueuse doit avoir un effet funeste, elle est impuissante à y remédier ; aussi Treitel lui-même fait-il remarquer qu'on peut se dispenser d'exciser le tarse.

D'ailleurs nous devons ajouter que ces craintes ne se réalisent pas en pratique, et, même après les excisions les plus larges, on n'a pas observé de troubles provenant de l'insuffisance de la muqueuse. Si nous examinons comment se produit la guérison de la conjonctivite granuleuse, nous voyons un travail cicatriciel qui entraîne une véritable déformation des paupières. Du côté des conjonctives, on constate une disparition souvent presque complète de la muqueuse, qui est remplacée par un tissu scléreux, fortement rétracté. Cette dégénérescence cicatricielle envahit toute la conjonctive, rétrécit les culs-de-sac et peut provoquer du symblépharon, ou du moins gêner la mobilité de l'œil.

L'excision du cul-de-sac n'a jamais donné rien d'aussi fâcheux. Il reste toujours dans les culs-de-sac, après l'opération,

assez de conjonctive pour que les mouvements du globe de l'œil ne soient nullement gênés. En outre, l'excision produit toujours une cicatrice linéaire nette, et ne produit jamais de brides qui attirent l'un contre l'autre le bulbe et le bord du tarse.

Il est plus difficile d'expliquer l'action de cette intervention sur le pannus granuleux. Le pannus s'éclaircit, dit-on, parce que les granulations disparaissent et ne viennent plus frotter sur la cornée. Cette étiologie du pannus ne paraît pas admissible ; il y a plus qu'une lésion de voisinage.

Quand on a examiné un nombre considérable de granuleux, on est frappé de voir que les lésions cornéennes ne sont pas en rapport avec la gravité ou l'étendue des lésions palpébrales.

Certains sujets ont des granulations volumineuses, occupant toute la paupière, saillantes, dures ; et cependant, pas de lésions cornéennes ; chez d'autres, au contraire, on ne trouve que quelques granulations discrètes, disséminées dans les culs-de-sac et vers les angles externes et internes de la muqueuse palpébrale supérieure, mais le pannus est très développé.

Dès lors, il nous paraît impossible d'admettre une théorie que l'étude des faits journaliers dément, d'admettre que c'est par une action mécanique, agissant comme une râpe sur la cornée, que les granulations produiraient le pannus. Cette absence ou cette prépondérance des lésions cornéennes est, croyons-nous, sous l'influence directe d'une cause constitutionnelle.

Quels sont les individus chez qui nous ne voyons pas les granulations se compliquer de kératite panneuse ? Ce sont des sujets forts et vigoureux, sans tare organique. Au contraire, nous voyons les lésions cornéennes prédominer, être précoces et tenaces chez des sujets bouffis, gonflés de lymphe ; en un mot, M. Truc nous enseigne que, dans l'ophtalmie

granuleuse, les lésions cornéennes sont sous la dépendance directe de l'état général; le pannus est une kératite scrofuleuse.

En dehors même de ces constatations directes, l'identité du pannus et de la kératite scrofuleuse découlerait de la ressemblance qui existe entre ces deux maladies: il y a bien quelques signes différentiels, la phlycténule étant la caractéristique de l'affection scrofuleuse, tandis que dans le pannus l'infiltration est plutôt interstitielle; toutefois c'est la même apparence générale de coloration, d'étendue, d'aspect clinique en un mot.

PANAS avait déjà émis des idées analogues: « La scrofule est le terrain, et la granulation la graine chargée de faire produire à ce terrain ses fruits accoutumés, des lésions cornéennes de nature ulcéralive ou vasculaire. »

Et RÆELMANN, avant lui, développait en Allemagne les mêmes théories que, se basant sur ses constatations et ses études personnelles, nous enseigne M. Truc.

Pour lui comme pour M. Truc, « la kératite panneuse des granuleux est un accident placé sous la dépendance même du tempérament scrofuleux; il n'a jamais vu de granulations se produire chez un scrofuleux, sans qu'il ait pu constater en même temps l'existence du pannus à un degré plus ou moins considérable. »

L'excision du cul-de-sac agit-elle comme agirait la péritomie, en diminuant l'apport sanguin vers la cornée? Modifie-t-elle ses rapports d'inflammation entre la cornée et les conjonctives? Agit elle mécaniquement, en supprimant ou diminuant les granulations, cause première, indirecte si l'on veut, de l'inflammation cornéenne? Il serait difficile de se prononcer, et probablement cette intervention agit simultanément sur ces divers éléments.

Nous ne pouvons pas expliquer nettement la disparition du pannus sous l'influence de l'excision du cul-de-sac conjonctival, mais nous saurons du moins que l'éclaircissement des cornées se produit rapidement et qu'il est constant.

VI

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Dans quels cas doit-on avoir recours à cette opération ? Toutes les conjonctivites granuleuses doivent-elles être immédiatement traitées par l'excision du cul-de-sac conjonctival ? Nous répondons catégoriquement non. Nous devons distinguer les formes aiguës et les formes chroniques.

Dans les formes aiguës, l'excision est contre-indiquée, l'affection cède en pareil cas aux moyens habituels. L'intervention opératoire est inutile. L'excision n'est indiquée que si la forme aiguë passe à la chronicité, ou si l'affection se présente chronique dès le début.

Même dans ces formes chroniques, il sera sage d'essayer tout d'abord le traitement usuel ; si ce traitement n'amène pas la guérison, si de nouvelles poussées surviennent de temps en temps, si les cornées sont panneuses, il ne faudra pas hésiter à intervenir opératoirement : même en dehors de ces cas, l'excision sera encore avantageuse chez des malades nécessiteux ; car l'amélioration immédiate qui se produit leur permettra de reprendre rapidement leurs occupations.

VII

QUEL EST LE RÉSULTAT DE CETTE OPÉRATION ?

La méthode d'excision du cul-de-sac conjonctival, suivie ensuite de cautérisations palpébrales, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le sulfate de cuivre, est la seule qui doive être appliquée dans tous les cas de granulations invétérées et rebelles aux cautérisations simples.

Et, encore plus catégorique, Treitel dit : « Par l'excision du cul-de-sac, on obtient la guérison de la conjonctivite granuleuse plus souvent que par tout autre procédé. »

Cen'est pas à dire que l'excision soit un moyen radical de faire disparaître les granulations. « On ne doit pas se figurer, ajoute Treitel, qu'une fois l'excision du cul-de-sac faite, la conjonctivite granuleuse est par cela même guérie. Sans doute l'intervention chirurgicale hâte considérablement la guérison, mais elle ne dispense pas de continuer le traitement des conjonctives, par tous les moyens connus et en usage. »

Les avantages sont incontestables, les granulations diminuent rapidement, la cornée s'éclaircit, le malade est moins exposé à des récidives.

Mais, comme on arrive souvent au même résultat par les procédés usuels, M. Truc n'a recours à l'excision que lorsque les autres agents curatifs restent sans effet sur les culs-de-sac.

Et nous avons remarqué que les résultats seront plus ou moins satisfaisants selon la forme même de la maladie.

M. Truc considère trois formes (sans compter les intermédiaires) de l'ophtalmie granuleuse.

Dans la première forme, la conjonctive est rouge, lisse, tendue et comme soulevée par un amas lymphoïde sous-muqueux ; les granulations paraissent siéger dans la sous-muqueuse, la muqueuse elle-même paraissant indemne : c'est la forme *lymphoïde*.

Dans la seconde forme, la conjonctive est rude, tomenteuse, plus ou moins atrophiee : c'est la forme *scléroïde*, se présentant surtout chez les adultes et les sujets vigoureux.

Une troisième forme plus rare est la forme *fibroïde* : les granulations sont rougeâtres, saillantes, arrondies et du volume d'une très petite lentille ; elles tapissent exclusivement la conjonctive palpébrale supérieure ; leur surface est résistante et comme vernissée. Cette variété se présente chez des individus bien portants, peu ou pas lymphatiques, et est rarement compliquée de lésions cornéennes.

Ces différentes formes relèvent, en réalité, de l'influence plus ou moins grande du lymphatisme, et sont en rapport avec ce dernier.

L'amélioration sera moins définitive, mais plus rapide dans la forme lymphoïde ; elle sera plus variable dans la forme scléroïde.

Dans la forme fibroïde, pas d'indications.

Du côté des cornées : dans la forme scléroïde, le pannus est rare, moins épais, mais il se produit rapidement dans les poussées subaiguës (obs. V).

C'est dans ce cas que l'opération produira un éclaircissement rapide des cornées (obs. II, III, V.)

Dans la forme lymphoïde, le pannus est plus fréquent, plus épais, il se produit de bonne heure ; on observe alors, immédiatement après l'excision, un épaissement du pannus, et le résultat curatif se fait attendre plusieurs semaines (obs. IV, VI).

Dans tous les cas, le traitement sera continué après l'excision, qui ne sera qu'une des phases de ce traitement. Galezowski emploie les cautérisations avec une solution de nitrate d'argent à 0,15/10 jusqu'à guérison. M. Truc fait continuer les scarifications des points paraissant granuleux, cautérisations au sulfate de cuivre, lavages au sublimé, etc.

La guérison est-elle durable?

Nous avons vu, au service de M. Truc, des cas où elle se maintient après trois ans; nous avons emprunté au docteur Brachet une observation où le malade, revu après huit ans, avait les paupières indemnes de granulations (obs. X).

VIII

TRAITEMENT DES LÉSIONS PALPÉBRALES CONCOMITANTES

Il nous reste à examiner rapidement un dernier point : Comment doit-on agir quand il y a d'autres lésions des paupières (phimosis, entropion) ?

Y a-t-il phimosis palpébral, il faut faire la canthoplastie immédiatement ; peut-être le simple débridement produira-t-il une amélioration suffisante, ou permettra-t-il de l'obtenir par le traitement. Dans tous les cas, si l'on doit ensuite avoir recours à l'excision, elle sera facilitée par une canthoplastie antérieure, qui permettra de renverser plus complètement la paupière. En outre, la canthoplastie rendra plus facile l'écoulement des sécrétions intra-oculaires.

Par contre, il sera souvent sage de différer le traitement de l'entropion jusqu'après l'ablation, si celle-ci est décidée, car l'excision peut modifier un peu la forme de la paupière.

En aucun cas on n'opérera simultanément l'entropion et le cul-de-sac ; ce serait s'exposer à des phénomènes inflammatoires violents, et compromettre même la vitalité de la paupière.

CONCLUSIONS

L'excision du cul-de-sac conjonctival chez les granuleux est une opération facile pour le chirurgien, exempte de danger pour le malade.

Elle n'est pas un moyen radical de faire disparaître les granulations, mais ses avantages sont incontestables. Elle est indiquée dans les formes chroniques avec ou sans pannus, quand le traitement par les procédés usuels n'a pas donné des résultats suffisants, et quand les granulations sont surtout développées dans le cul-de-sac.

Elle hâte la guérison, mais n'exclut pas la continuation du traitement.

Comme procédé opératoire, celui de M. Truc nous paraît préférable : il est simple et rapide ; il permet mieux que tout autre de limiter l'excision aux parties atteintes ; enfin, l'absence de sutures met à l'abri des complications cornéennes parfois signalées.

OBSERVATIONS

(Recueillies au service de M. le professeur agrégé Truc)

PREMIÈRE OBSERVATION

Conjonctivite granuleuse ODG ; ablation du cul-de-sac supérieur ; guérison.

Anna B..., dix-huit ans, jardinière.

19 avril 1888. — Lymphatique très marquée, la malade se plaint depuis trois mois de rougeur, douleur et larmoiement des deux yeux.

OD : La conjonctive supérieure épaissie, infiltrée, est recouverte de granulations volumineuses ; la cornée, panneuse, est ulcérée à sa partie supérieure.

OG : Quelques points granuleux.

Cautérisation au cuivre, lavages boriqués. Une large ulcération cornéenne OD se montre au bout de quelques jours. Scarifications, compresses chaudes.

1^{er} juin. — OD : La cornée est transparente sauf un léger leucome central, reste de l'ulcère.

OG : Les granulations ont disparu.

Octobre. Variole bénigne, nouvelle poussée intense OD.

Janvier 1889. — Les granulations ont disparu, il ne reste qu'un peu de rougeur dans les culs-de-sac.

Avril. — A la suite d'un refroidissement ayant amené la suppression brusque des règles, violentes poussées d'iritis OD.

Mai. — Sous l'influence de l'iritis, les granulations sont revenues volumineuses OD. La cornée est panneuse avec ulcérations punctiformes multiples.

Juin. — Amélioration ; mais, malgré un traitement suivi, la cornée est trouble, le cul-de-sac boursoufflé.

12 juin. — OD: Excision large du cul-de-sac supérieur.

L'œil est œdématié et douloureux pendant quelques jours

15 août. — La cornée a repris sa transparence, la conjonctive sa couleur normale.

Quelques points granuleux persistant à la partie supérieure du cul-de-sac sont rapidement détruits par les scarifications. OG normal.

Novembre 1890. — La guérison persiste.

OBSERVATION II

Ophthalmie granuleuse double ancienne ; oblitération des voies lacrymales ;
excision du cul-de-sac supérieur OD ; guérison

Isabelle B..., vingt et un ans.

Lymphatique. Poussées d'ophtalmies fréquentes dans sa jeunesse. Actuellement, elle est en traitement depuis trois ans pour une ophtalmie granuleuse double.

26 mars 1888. — ODG: Les conjonctives sont boursoufflées, tomenteuses. Épiphora, pannus crassus occupant les 2/3 supérieurs de la cornée VOD = q.

Traitée par les moyens habituels (cuivre, lavages, cathétérismes, scarifications), l'amélioration est notable, mais des poussées se reproduisent de temps en temps dans l'œil droit, dont la cornée est trouble ; le cul-de-sac est très infiltré.

13 septembre. — Excision du cul-de-sac supérieur. Un lambeau de muqueuse de 1/2 centim. environ est enlevé. L'œil est lavé au sublimé, puis un pansement compressif est mis en place.

14. — La malade a souffert dans la soirée. Vaste ecchymose des paupières inférieure et supérieure. Pas de gonflement des paupières.

15. — L'œil est laissé découvert, protégé par un simple bandeau.

L'amélioration se produit rapidement. La cornée s'éclaircit. Le traitement est continué.

30 décembre 1890. — L'amélioration persiste ; il ne s'est pas produit de nouvelles poussées. Leucome supérieur OD.

OBSERVATION III

Conjonctivite granuleuse ancienne à forme scléreuse ; ablation du cul-de-sac supérieur OD ; amélioration notable.

André B..., cinquante-deux ans, paveur.

7 novembre 1888. — Granulations anciennes ODG. Les cornées, à forme scléreuse, sont saines.

Le malade, soigné par les scarifications, les cautérisations au sulfate de cuivre, est rapidement amélioré.

Mai 1889. — Nouvelle poussée ODG. La cornée OD reste panneuse.

Octobre 1889. — Excision du cul-de-sac supérieur OD.

Peu de réaction. Amélioration rapide et définitive.

Novembre 1890. — L'amélioration persiste ; la cornée OD s'est éclaircie.

OBSERVATION IV

Granulations à forme lymphoïde ; excision du cul-de-sac supérieur OG ; amélioration passagère.

R... (Rosalie), vingt-neuf ans, domestique.

La malade, très lymphatique, se plaint d'éprouver depuis longtemps une sensation de gravier dans les yeux.

8 mai 1888. — Les conjonctives des paupières supérieures

sont infiltrées, épaissies et recouvertes de granulations petites. La cornée OG est légèrement panneuse.

Le traitement institué consiste en scarifications fréquentes, attouchements discrets au crayon de sulfate de cuivre, lavages, douches, cathétérisme des voies lacrymales.

OD est rapidement amélioré; les granulations persistent dans le cul-de-sac OG, la cornée est trouble.

7 juin 1889. — Excision du cul-de-sac OG: un lambeau conjonctival large de 4 à 5 millimètres est enlevé. — Pansement compressif.

8. — Peu de réaction: la malade a peu souffert, les paupières sont légèrement gonflées; la cornée très trouble.

La guérison de la plaie opératoire est complète en huit jours. La malade ne souffre plus. La cornée s'est éclaircie.

La malade disparaît pendant près d'un an et revient avec une nouvelle poussée granuleuse ODG.

OBSERVATION V

Granulations anciennes, avec entropion; ablation du cul-de-sac supérieur OD; guérison.

C... (Henriette), vingt-cinq ans, blanchisseuse.

28 septembre 1889. — Lymphatique, la malade a eu étant jeune plusieurs ophtalmies.

Actuellement, ODG: granulations de forme scléreuse. Entropion et trichiasis OD.

Traitement habituel, opération de l'entropion par le procédé de Gayet.

De nouvelles poussées se produisent sur OD et amènent un pannus tenace.

19 mars 1890. — Excision du cul-de-sac supérieur OD.

Peu de réaction inflammatoire; la cornée s'éclaircit rapidement.

30 décembre. — La malade revient de temps en temps à la consultation; l'amélioration persiste.

OBSERVATION VI

Conjonctivite granuleuse ODG avec pannus; excision du cul-de-sac supérieur OD; amélioration.

G... (Marius), vingt-cinq ans, jardinier.

Lymphatique, souffre des yeux depuis un an.

17 juillet 1889. — ODG: granulations volumineuses à forme lymphoïde, pannus, photophobie, douleurs violentes.

Sous l'influence du traitement (caut. au crayon de cuivre, scarifications, lavages, douches), OG s'améliore rapidement; les granulations ont disparu et fait place à un tissu cicatriciel; la cornée a repris sa transparence.

8 octobre. — OD: la cornée est toujours panneuse; les conjonctives sont infiltrées et recouvertes de granulations.

Excision du cul-de-sac OD: on enlève un lambeau de muqueuse de 3 millimètres de largeur.

L'hémostase faite, on met devant l'œil un simple bandeau flottant.

9. — Le malade a souffert dans la soirée; peu d'inflammation; le pannus a augmenté.

17 novembre. — La cornée OD s'éclaircit; les granulations disparaissent et sont remplacées par un tissu scléreux. Le traitement habituel est continué.

30 décembre. — La cornée s'est considérablement augmentée.

OBSERVATION VII

Conjonctivite granuleuse; pannus crassus ODG; excision du cul-de-sac supérieur; amélioration; disparition du pannus.

D... (Eugénie), quinze ans, domestique.

Très lymphatique, la malade dit avoir eu toujours les yeux délicats.

Depuis un mois, photophobie intense, avec douleurs vives ; tout travail lui est impossible.

23 mai 1888. — Les paupières sont tuméfiées ; écoulement muco-purulent ; blépharospasme qui permet difficilement de renverser les paupières. Granulations petites sur la muqueuse palpébrale infiltrée et épaissie ; les cornées sont intactes.

La canthoplastie doit être faite pour diminuer le blépharospasme. Le pannus ne tarde pas à se former.

Janvier 1890. — Un traitement suivi a amené une amélioration considérable, mais les cornées sont toujours panneuses, les culs-de-sac infiltrés.

29. — Excision du cul-de-sac supérieur des deux yeux.

30. — Gonflement considérable des paupières avec augmentation du pannus ; douleurs vives.

L'œdème disparaît au bout de peu de jours ; le traitement est continué quelque temps encore. Les cornées sont redevenues transparentes ; la malade cesse de venir aux consultations.

8 février 1891. — Quelques points granuleux existent encore ; les cornées sont saines.

OBSERVATION VIII

Conjonctivite granuleuse avec pannus ; excision du cul-de-sac supérieur OD ;
éclaircissement rapide de la cornée.

G... (Joséphine), vingt-quatre ans.

Très lymphatique, a eu de fréquentes ophtalmies dans sa jeunesse.

1^{er} septembre 1889. — Les paupières sont tuméfiées, les yeux larmoyants ; les conjonctives supérieures sont farcies de petites granulations, la couche sous-muqueuse est infiltrée et épaissie.

Les cornées sont panneuses.

Sous l'influence d'un traitement énergique, les granulations disparaissent en laissant à leur place un tissu scléreux, la cornée OG s'est éclaircie. Léger entropion ODG.

5 novembre. — Une poussée se produit à l'œil droit avec infiltration cornéenne.

15. — Excision du cul-de-sac supérieur OD.

La malade souffre un peu durant l'après-midi.

16. — Le pansement est défait, lavage de l'œil qu'on laisse découvert sous un bandeau flottant.

L'amélioration est rapide; l'entropion de l'œil droit est opéré le 23 novembre.

La malade cesse au bout de quelques jours de venir aux consultations.

8 février 1891. — La cornée de l'œil droit est transparente; la conjonctive palpébrale est sillonnée de traînées blanchâtres cicatricielles; le cul-de-sac de l'œil gauche est encore rouge et tuméfié.

OBSERVATION IX

Granulations anciennes à forme scléreuse; trichiasis et entropion; ablation du cul-de-sac supérieur; guérison.

C... (Augustine), vingt et un ans.

Lymphatique, souffre des yeux depuis de longues années.

16 janvier 1889. — Granulations anciennes ODG, à forme lymphoïde, trichiasis et entropion ODG, stagnation lacrymale; infiltration cornéenne OG; les granulations sont traitées par les procédés habituels.

29 janvier. — L'entropion est opéré par tarsoplastie.

7 juin 1890. — Les granulations ont presque disparu ODG et sont remplacées par un tissu cicatriciel scléreux: des pous-

sées se produisant surtout OG, dont la cornée est panneuse ; excision du cul-de-sac OG.

8.— La malade a peu souffert ; les paupières sont tuméfiées ; le pannus a augmenté.

L'amélioration est rapide : le traitement est continué pendant quelque temps, puis la malade cesse de venir aux consultations.

Novembre 1890.— La guérison se maintient.

OBSERVATION X

(Empruntée au docteur Brachet)

L... (Émile), vingt-neuf ans, comptable à Paris.

Il a contracté les granulations en Algérie. Rentré en France en 1869, il a eu les premières atteintes en 1871.

Soigné par Desmarres, Fano, Liebreich, Sichel, par les procédés les plus variés et les plus nombreux, puis enfin par Galezowski sans grand succès. Des rechutes se produisent après de courtes alternatives d'amélioration.

Octobre 1873.— Les paupières sont épaissies, tuméfiées ; les conjonctives rouges ; la cornée est recouverte d'un pannus épais.

Sur un seul œil à la fois, et successivement à huit jours d'intervalle, excision large des culs-de-sac supérieur et inférieur. Quand l'inflammation a diminué, on reprend les cautérisations au crayon de cuivre mitigé.

Les cornées s'éclaircissent peu à peu, et trois mois après la vision était redevenue complète. Depuis, il n'a plus eu de récédive.

Huit ans après l'opération, le 14 janvier 1882, le malade est revu : les cornées sont intactes ; la muqueuse palpébrale supé-

rieure est blanchâtre, irrégulière, sillonnée en tout sens de tractus cicatriciel; la conjonctive inférieure a son aspect normal, quoique les culs-de-sac soient fort diminués; les mouvements du globe oculaire ne sont nullement gênés (*Revue d'opht.*, 1882).



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABADIE. — Traité des maladies des yeux, t. I, p. 124.
BRACHET. — Rev. d'opht., 1882, p. 69.
GALEZOWSKI. — Rev. d'opht., 1874.
GIFFO. — Rev. d'opht., 1879.
HEISRATH. — Berlin. klin. Wochenschrift, 1883.
HOTZ. — Arch. für Augenheilk., Berlin, 1886.
JACOBSON. — Congrès d'Heidelberg, 1885.
LINDSAY-JONHSON. — Archives of Ophtalmology, 1890.
LEBER. — Arch. für Opht. Tübingen, 1883.
NOISSOWSKI. — Centralb. für Augenh., 1890.
P. PANSIER. — Montpellier médical, mars 1891.
PANAS. — Leçons sur les kératites, 1876.
PARISOTTI. — Rev. d'opht., 1883.
PEOUNOW. — Westnich Opht., 1883 (Russie).
RICHTER. — Græfe's Archives, 1884.
RAEHLMANN. — Etiologie du pannus granuleux. (Græf. Arch., 1888.)
SCHNELLER. — Græfe's Archives, 1884.
— Græfe's Archives, 1877.
TREITEL. — Therap. Monats., 1889.
TRUC. — Bulletin de la clinique opht. (Montpellier médical, 1888.)
— Topographie de l'ophtalmie granuleuse. (Rev. d'opht., 1890.)
VOSSIUS. — Congrès d'Heidelberg, 1885.
VOUKCHEVITCH. — Thèse de Paris, 1884.
ZIEMINSKI. — Przegląd lekarska, 1889.

Permis d'imprimer:
Montpellier, le 2 avril 1891.
Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
J. YON.

Vu et approuvé:
Montpellier, le 1^{er} avril 1891.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!
